NR. 5. LWOW, DNIA 1. MARCA 1904. ROK II.

GŁOS LEKARZY

Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek. Prenumeratę posyłać należy pod adresem: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka l. 14. — Reklamacye wolne od opłaty pocztowej.

Adres w sprawach redakcyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — Inseraty przyjmuje: Dr. Adolf Wątorek, Lwów, ul. Szeptyckich l. 30. — Rękopisów nie zwraca się.

W jedności siła!

Przymus leczenia.

Według obecnych przepisów lekarz jest obowiązany udzielić pomocy każdemu zgłaszającemu się choremu, jeśli tylko nie zachodzą uzasadnione w tem przeszkody. Projekt ordynacyi dla lekarzy wprowadza w tym względzie ważne zmiany, a do propozycyj Izb lekarskich nic już chyba dodać nie można, gdyż uwzględniają one zarówno potrzeby publiczności, jak i interesy stanu lekarskiego.

Przymus leczenia ma być pozostawiony jedynie w razach nagłych wypadków. Odmówienie pomocy lekarskiej w takich nagłych wypadkach byłoby czynem niemoralnym, wprost potwornym i sądzimy, że podobne wykroczenia nie zdarzają się u nas między lekarzami. Nie możemy jednak nic mieć przeciwko temu, aby ustawa orzekła tu wyraźnie o obowiązku, do którego lekarze sami się poczuwają.

Lecz i w nagłych wypadkach ordynacya dla lekarzy usprawiedliwia lekarza, jeśli z powodu uzasadnionej przeszkody nie pospieszy z pomocą choremu, a odmowa byłaby dostatecznie uzasadniona, gdy lekarz zdoła dowieść, że taż sama osoba, lub jej otoczenie już poprzednio nieraz w błąd go wprowadziły przy sposobności wzywania pomocy lekarskiej. Nie chcemy rozstrzygać, czy się tu trochę nie przegalopowano, ale wydaje nam się wątpliwym, czy godzi się odmawiać pomocy lekarskiej w nagłym wypadku nawet symulantowi, lub histeryczce jedynie z tej racyi, że się już poprzednio bez potrzeby lekarzowi naprzykrzono i że zachodzi podejrzenie ponownej przesady, lub udawania.

Natomiast słusznie stara się projekt zapewnić lekarzowi wynagrodzenie za pomoc, w nagłych wypadkach udzieloną i wskazuje jako strony, od których należytość nawet w drodze egzekucyi ma być ściągniętą, rodzinę chorego, Kasę chorych i gminę zamieszkania. Przepis ten normuje w sposób zadowalający i na wzór stosunków w innych krajach europejskich, stosunek lekarza do ubogich chorych. A sprawa ta dla lekarzy jest bardzo ważna, gdyż obecnie przymus leczenia wkłada na lekarzy obowiązek bezpłatnego leczenia ubogich, albo nawet osób zamożnych, wyzyskujących lekarza pod pretekstem ubóstwa. Gdy oprócz wypadków nagłych lekarz nie będzie obowiązany przyjąć w leczenie żadnego chorego, gdy nadto według dalszych postanowień ordynacyi lekarzowi wolno będzie ugodzić się ze stroną z góry o należytość za leczenie, przeto wyzyskowi lekarzy skutecznie położonoby tamę. Szkoda, że w projekcie nie zakreślono także granic co do bezpłatnego ambulatoryjnego leczenia ubogich w publicznych i prywatnych zakładach leczniczych, lecz pod tym względem w Austryi dopiero niedawno wdrożono w kołach zawodowych gruntowne studya, które doprowadziły do ustalenia zasad i wytknęły cały program postępowania.

Poza nagłymi wypadkami stosunek lekarza do chorego będzie polegał na obopólnej ugodzie. Lekarz będzie mógł przyjąć chorego w leczenie, lub leczenia odmówić. Takie zarządzenie byłoby z wielu powodów stosowne. Dziś tylko chory, o ile nie należy do Kasy chorych, ma pozostawioną swobodę w wyborze lekarza. Na przyszłość i lekarz będzie mógł chorych sobie wybierać według upodobania. Na prowincyi, gdzie jeden lekarz jest do dyspozycyi w okręgu często kilkomilowym, dałoby to lekarzowi możność odpowiedniego oceniania swych trudów. W miastach już obecnie jest niedorzecznością wymagać, aby lekarz udzielał każdemu choremu porady, bo tu lekarze wykonują praktykę przeważnie w pewnym tylko dziale chorób, a w zakres innych działów medycyny się nie wdają. Nie można przecież żądać od okulisty, aby szedł do trudnego porodu, albo od dermatologa, aby leczył chorego na jaskrę, lub od internisty, by podjął się operacyi chirurgicznej. To też w miastach wbrew przepisom ustawy pojęcie przymusu leczenia znacznie ograniczono, a sami chorzy najlepiej na tem wychodzą. Dla położnicy jest lepiej i bezpieczniej, jeśli leczy ją położnik, odmawiający leczenia w innych wszelkich chorobach, bo pomimo wydoskonalenia aseptyki, przy ciągłem stykaniu się z chorymi zakaźnymi, położnik mógłby być przenosicielem chorób zakaźnych. Zresztą zbytecznem chyba dowodzić, jak wielkie korzyści dla nauki i dla chorych przynosi specyalizacya medycyny, która byłaby wprost niemożliwą przy obowiązku leczenia wszystkich chorych.

Projekt ordynacyi pozwala też lekarzowi opuścić chorego, którego już objął w leczenie, jeśli poza plecami lekarza ordynującego wzywają drugiego lekarza, jeśli nie wykonują zleceń lekarza, lub jeśli lekarz jest narażony na zniewagi od poczytalnego chorego, lub otoczenia. Tym projektom przyklasnąć możemy z całego serca. Na ileż to lekarz narażony bywa obelg i zniewag niezasłużonych, które znosić musi jako niewolnik obowiązków z ujmą dla swej osobistej godności i powagi stanu. W razie wprowadzenia reformy, którą ordynacya proponuje, publiczność byłaby zmuszona do większego szacunku dla lekarza, bo awanturnik mógłby się na to narazić, że żaden lekarz nie zechciałby zbliżyć się do jego łoża.

Projekt ordynacyi idzie jeszcze dalej, bo pozwala, by lekarz i bez żadnych powodów uzasadnionych zaprzestał leczyć chorego, którego objął w swą opiekę, lecz w takim wypadku musi stroną na czas uprzedzić, aby mogła o innego lekarza się postarać.

Zwolnienie lekarzy z pęt przymusu leczenia wyzwoliłoby dopiero prawdziwie praktykę lekarską, podczas gdy obecnie lekarz zdany jest po prostu na łaskę i niełaskę publiczności, musi znosić wszelkie kaprysy, wyzysk, obelgi, nawet czynne zniewagi i nie ma środka obrony. Ocena zasługi lekarza oddana jest dobrej lub złej woli strony, lekarz musi przyjąć to, co mu dadzą. Ztąd też honorarya lekarskie nie ustalają się na podstawie ugody obu stron interesowanych i ztąd doszło do tego, że lekarz — według słów ministra Hartla, publicznie wypowiedzianych — przyjmuje często tak nędzne wynagrodzenie, które odrzuciłby każdy porządny lokaj, lub nawet zwykły parobek. Prawda, że do takiego zdeprecyonowania usług lekarskich przyczyniły się i inne wpływy, konkurencya lekarzy, ich nędza, ale głównym sprawcą tych anormalnych stosunków jest przecież bezwstydny wyzysk, korzystający z bezbronności lekarza.

Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych*).

I.

Zorganizowanie Kas chorych a przez to zabezpieczenie ludności pracującej na wypadek choroby zaliczyć śmiało można do najznakomitszych owoców współczesnej polityki socyalnej i ustawodawstwa socyalnego. Choroba w domu proletaryusza jest przyczyną nędzy i wszelkich jej następstw. Zapewnienie więc robotnikowi wsparcia w razie choroby usuwa jedną z głównych przyczyn pauperyzmu a gdy nadto racyonalna opieka lekarska skraca czas choroby i zmniejsza procent śmiertelności, społeczeństwo oszczędza przez Kasy chorych wiele dni pracy produktywnej a oszczędność ta, obliczona w cyfrach, wykazałaby ogromne sumy. Nie można też i tego lekceważyć, że zasadą, na której opierają się Kasy chorych, nie jest miłosierdzie i wypływająca z niego dobroczynność, upokarzająca obdarzonego, lecz wzajemna pomoc ubezpieczonych. To, co otrzymuje członek Kasy chorych w czasie choroby, należy mu się na podstawie statutu, jest jego prawem, nie darowizną, lub łaską. Kasy chorych są urzeczywistnieniem idei wzajemnej samopomocy, idei assocyacyi i uczą robotnika, do jak świetnych rezultatów dojść można przy solidarnem zespoleniu interesów indywidualnych.

A dalej Kasy chorych, ogarniając ogromne masy ludności niewykształconej, skłonnej do zabobonu i hołdującej często guślarstwu, oddaje te rzesze, mało świadome potrzeb sanitarnych i należytego leczenia, w opiekę naukowej medycyny, przez co organizacya Kas chorych staje się potężnym czynnikiem postępu kulturalnego.

Oceniając przeto Kasy chorych ze stanowiska społecznego, musimy w nich uznać urządzenia postępowe, dla społeczeństwa wielce pożyteczne. Jako lekarze, możemy odczuwać tylko zadowolenie, że sztuka lekarska stała się dostępną dla najszerszych warstw i że przez organizacyę Kas chorych wyrwano u nas ludność robotniczą raz na zawsze z rąk szalbierzy i znachorów a oddano w opiekę lekarzy.

Nic też dziwnego, że do świetnego rozwoju instytucyi Kas chorych przyczynili się nie mało lekarze, co przyznał z trybuny rządowej obecny prezydent ministrów w odpowiedzi na interpelacyę w sprawie Kas chorych. Lekarze, którzy z powołania swego są pionierami postępu kulturalnego i społecznego, nie mogą i w przyszłości występować przeciw samej instytucyi Kas chorych, a owszem dalszy rozkwit tej instytucyi ze wszech sił popierać powinni i popierać będą.

Wszelako stan lekarski liczyć się musi z faktem, że zaprowadzenie Kas chorych zmieniło z gruntu stosunki zawodowe lekarzy, wywołało w naszym zawodzie prawdziwe przesilenie, groźne nie tylko dla interesów materyalnych lekarzy, lecz i dla dobra powszechnego. Zapobiedz dalszym skutkom przesilenia, powstrzymać dezercyę młodzieży z zawodu lekarskiego, zapewnić społeczeństwu normalny przyrost nowych sił lekarskich, zdoła jedynie reforma Kas chorych, usuwająca te usterki w ich organizacyi, które na zawodowe interesy lekarzy zabójczo oddziaływują.

Należyte uświadomienie sobie ujemnych stron organizacyi Kas chorych jest obowiązkiem tych czynników, które na zmianę pożądaną wpłynąć mogą. Jeśli bowiem w drodze ustawodawczej nie nastąpi rychło reforma, przyjść musi i u nas z konieczności do konfliktu między lekarzami i Kasami chorych, do zaciętej walki lekarzy o byt, która już w Niemczech na dobre rozgorzała z wielką szkodą dla obu stron walczących i dla społeczeństwa.

Organizacya Kas chorych doprowadziła nagle, bez żadnego okresu przejściowego, do uspołecznienia pomocy lekarskiej, uszczuplając równocześnie teren praktyki prywatnej do tak małych rozmiarów, że dochody lekarzy praktyków zredukowały się do połowy a dalsza egzystencya tej liczby lekarzy, co dotychczas stała się wprost niemożliwą. Dość wspomnieć, że w Przedlitawii, która liczy 26, 150, 708 ludności, jest przeszło 3 miliony ludności ubezpieczonej w Kasach chorych. W Wiedniu trzecia część ludności jest ubezpieczoną w Kasach chorych. A statystyka wykazuje dalszy, stały wzrost liczby członków tak, że wkrótce organizacya ta ogarnie całą ludność, zdolną do zarobkowania, a więc i do opłacania trudów lekarza, pozostawiając jedynie najuboższą część ludności, nie mającą stałego zarobku, której fundusze publiczne zapewniają bezpłatną poradę i pomoc lekarską i małą liczebnie garstkę osób zamożnych, która będzie mogła pozwolić sobie na zbytek specyalnego lekarza domowego. Tak więc praktyka prywatna, dotychczas główne pole działania dla lekarzy, dziś już ogromnie zeszczuplała, a w przyszłości jeszcze więcej się zacieśni.

*) Właściwszą wydawałaby mi się nazwa „Kasa dla chorych“, lecz nazwa „Kasa chorych“ już się u nas utarła.

DR. ADAM LANGIE.

Wysadzony z siodła.

(Dokończenie.)

Pewego dnia, jakoś z początkiem października, wybierał się właśnie do pałacu, gdy do pokoju wsunął się nieśmiało, dobrze znany na bruku miasteczka faktor Icek Puder, a zarazem „sekretarz“ miejscowego rabina.

— Co Puder powie? czy tam u was kto chory?

— Chwalić Boga co nie... ja tak przechodził psipadkiem to i zajrzał do pana doktora. Pan doktor gdzieś jedzie?

— Do pałacu, jak zwykle we czwartek.

— Ny, pan rabin kazał sie kłaniać i pytać pan doktor co słychać?

— A, stary Rubinstein?... musi być zdrów, bo mnie dawno już nie wzywał. Jakże tam z jego nogami?

— Co ma być? nogi złe, ale teraz lepsze, bo im ten nowy doktor robi takie klepanie z młotkiem co un nazywa masisz.

— Jakto, doktór Projektowicz leczy Rubinsteina?

— Co ni ma liczyć? Un już trzy tydnie tam chodzi i rano i wieczór. Un powiada, co pan rabin bedzie jeszcze skikał jak z psieproszeniem jaka sarna, tylko poczebuje ten masisz, co to teraz nowy i profesory we Widniu furt ino tym kurują!

— To Rubinstein go wzywał?

— Po co un go miał wzywać? Un sam psiszed bo sie dowiedział, co nasz rabin to wielgi rabin Un słyszał co un nie chodzi, to un tak z dobrego serca kciał zobaczyć co jest... un nawet centa nie kce brać, bo un mówi, że to honor kurować taką osobe...

— Ano, niech kuruje, ale ja Pudrowi mówię, że to na nic, bo Rubinstein już nigdy chodzić nie będzie; to jest nieuleczalna choroba.

— Co to nie uleczalne? Ona już jest uleczalne... wczora pan rabin mówił, co jemu sie widzi co un już może palcem kiwać...

— No i cóż, kiwał?

— Kiwać, to un nie kiwał, ale jemu sie tak widziało i un sie bardzo cieszył.

— No widzi Puder... zresztą niech się Puder zabiera, bo ja muszę jechać.

— Ja jeszcze kciał pytać pan doktor co teraz bedzie?

— A cóż ma być?

— Bo to nasz rabin taki kontentny, co un obiecał temu doktorowi co un go pobłogosławi, coby miał wielgie szczęście do każde chorobe.

— A niech go błogosławi jak chce, przecież Puder wie, że ja w te wasze głupstwa nie wierzę.

— Ja wim co pan doktor jest uczona osoba, to jemu wolno nie wierzyć, ale nasze żidki to one furt wierzą, one muszą wierzyć, bo nasz rabin to święty rabin, un takie rzeczy wi, co nikt nie wi.

— Trudno, na głupotę nie ma lekarstwa...

— Ny to nie głupote... to interes...

— Jaki interes?

— Pan doktor taki mądry, taki uczony, a pyta jaki interes...

— Bo nie rozumiem czego Puder chce...

— Ny, ja nic nie kce, ale pan doktor poczebuje kcieć...

— Czy Pudrowi w głowie się przewróciło? Co ja mam chcieć? gada i gada bez sensu.

— Jak ja wszistko powim to zaraz będzie sensu. Pan doktor poczebuje wiedzieć, jak nasz rabin powi nad tamtym doktorem *„Mazeł bruche“**) to co pan Reichmann bedzie miał? nic nie bedzie miał, nasze żidki wszystkie tam pudą sie kurować...

— Nic nie szkodzi pójdą, to wrócą.

— A jaj to szkodzi, to bardzo szkodzi... nasze żidki już i tak idą do tamtego... a ja pan doktor tyle roków znam, to co ja mam teraz robić?

— Wynosić się i czasu mi nie zabierać.

— No to ja już ide... ale jakby pan doktor kciał toby nasz rabin nie dał tamtemu te błogosławieństwo...

— Niech daje, nie daje, to mi wszystko jedno.

— Wprzódy to mogło być jedno, ny ale teraz jak są dwa doktory to nie jest jedno. Ja pan doktor ino tak powim i jaby mug zrobić... dla czego ni? coby rabin dał te błogosławieństwo nie dla tamtemu, ino

*) W hebrajskim języku znaczy mniej więcej: daj Boże szczęście (przyp. aut.).

Przeciw takiej zmianie stosunków, która zdaje się być nieuniknioną, nie można naturalnie oponować w imię interesów zawodowych lekarzy, które zamilknąć muszą wobec ważniejszych względów natury społecznej. Jednak to uspołecznienie medycyny powinno iść równolegle z uspołecznieniem stanowiska lekarzy, z zapewnieniem lekarzom odpowiedniego utrzymania. Tymczasem Kasy chorych, zabierając lekarzom praktykę prywatną, redukują zarazem w własnym zakresie zapotrzebowanie lekarzy ze względów administracyjnych do minimum, przeciążają swych lekarzy ogromnem brzemieniem pracy, poradę lekarską zmieniają w szablon bezwartościowy, należytość za usługi lekarskie wyznaczają tak nizką, że na najnędzniejszą egzystencyę nie wystarcza, a stanowisko lekarza czynią zawisłem od dobrej lub złej woli, od łaski, lub niełaski zarządów Kasy.

Mógłby kto zarzucić, że u nas, w Galicyi, kwestya Kas chorych nie jest aktualną, bo kraj nasz jest rolniczy, a Kasy zabezpieczają tylko ludność przemysłową i rękodzielniczą. Jednak bliższe rozpatrzenie sprawy dowodzi, że właśnie u nas kwestya Kas chorych jest dla lekarzy więcej piekącą, niż w krajach przemysłowych. Znamiennem dla naszych stosunków jest, że prowincya, wieś, z powodu nędzy ekonomicznej i bardzo niskiego poziomu kulturalnego bardzo mało odczuwa zapotrzebowania pomocy lekarskiej, wskutek czego przy nielicznym z pozoru kontyngencie lekarzy prowincyonalnych nastąpiło na prowincyi takie przepełnienie w zawodzie lekarskim, że lekarz praktyk, o ile nie ma posady stałej, ma o wiele nędzniejsze warunki bytu, niż np. woźny sądowy. Potrzeba chleba wypędza lekarzy z miast na prowincyę, a jednak na prowincyi już nawet najnędzniejszego utrzymania znaleźć nie mogą, wracają więc do miast i tworzą tu ogromną rezerwę sił lekarskich. Wiadomo, że w całem państwie niema miasta tak przeludnionego lekarzami, jak Kraków i Lwów a także pomniejsze miasta prowincyonalne wykazują co najmniej dwa razy tylu lekarzy, niżby odpowiadało zapotrzebowaniu. Jeśli ua prowincyi istnieje tylko względne przepełnienie w zawodzie lekarskim, niestosunek między podażą i popytem za pracą lekarską, jakkolwiek przy lepszych warunkach kulturalnych i ekonomicznych prowincya mogłaby o wiele więcej lekarzy utrzymać, to w naszych miastach nadmiar lekarzy jest bezwzględny, jest ich dwa razy więcej, niż zachodzi przedmiotowa potrzeba pracy lekarskiej bez względu na stosunek popytu do podaży.

Otóż, gdy przy takim ogromnym nadmiarze sił lekarskich w miastach Kasy chorych zabiorą prawie całą praktykę prywatną położenie lekarzy w miastach stanie się wprost rozpaczliwem. Ktoby tym ogólnym wywodem nie czuł się przekonanym, niech rozważy cyfry statystyczne.

W Wiedniu przypada przeciętnie 1 lekarz na 734 osób ludności. Chociaż we Wiedniu Kasy chorych ogarniają trzecią część ludności, to przecież po odjęciu tej trzeciej części wypada na 1 lekarza 490 osób, leczących się prywatnie. Ponieważ chorobowość ludności na podstawie danych statystycznych, których tu bliżej roztrząsać nie możemy, należy przyjąć w przybliżeniu na 50% rocznie, przeto w Wiedniu wypadnie przeciętnie na 1 lekarza w praktyce prywatnej co roku 245 chorych, z czego odliczyć trzeba najwyżej 5% ubogich, a otrzymamy 230 chorych płacących na 1 lekarza w Wiedniu. Wobec wysokiego poziomu kulturalnego ludności wiedeńskiej z tej cyfry chorych nic już nie odpadnie, gdyż każdy Wiedeńczyk, nie zaliczający się do ubogich i nie będący członkiem Kasy chorych, a zatem człowiek, mający znaczniejsze dochody, za każdem zasłabnięciem z pewnością zawezwie lekarza. Licząc na każdą chorobę przeciętnie tylko 10 ordynacyj a każdą ordynacyę po 5 koron, wypadnie dla lekarza wiedeńskiego przeciętnie na rok 2300 ordynacyj i 11500 koron dochodu

W Krakowie przypada 1 lekarz na 411 mieszkańców. Jeśli odliczymy trzecią część na Kasy chorych pozostanie na 1 lekarza rocznie 274 osób, a odliczając z tego 10% na nędzarzy, mających bezpłatną opiekę lekarską, otrzymamy 247 osób, mogących co roku potrzebować lekarza. Z tej cyfry jednak musimy w Krakowie odliczyć jeszcze co najmniej 10% na ludzi, nie wierzących w sztukę lekarską, a szukających pomocy w chorobie u innych źródeł. Na 1 lekarza pozostanie więc tylko 223 osób, z których połowa w ciądu roku zachoruje, a zatem będzie 111 pacyentów, płacących przeciętnie po 2·5 korony, z czego będzie miał lekarz rocznie 1110 ordynacyj i 2775 kor. dochodu. Według tego rachunku prawdopodobieństwa, obliczającego dochody z praktyki prywatnej z pewnością za wysoko, lekarz krakowski miałby obecnie zaledwie czwartą część tego dochodu, co lekarz wiedeński i podczas gdy lekarz wiedeński zdoła jeszcze przetrzymać dalszy postęp Kas chorych w opanowywaniu praktyki lekarskiej, lekarz krakowski już dzisiaj nie jest w stanie wyżyć a przy dalszem ograniczeniu praktyki prywatnej musi się obejrzeć za innym sposobem zarobkowania, jeśli nie ma gotowego do przeżycia kapitału. Podobne stosunki są we Lwowie i w innych naszych miastach.

Na konferencyi lwowskich członków Tow. Samopomocy w dniu 2. stycznia b. r. zabrał głos prof. Gluziński i w wymownych słowach zwrócił uwagę na ogromne niebezpieczeństwo, które lekarzom ze strony obecnej organizacyi Kas chorych zagraża. Mówca, znający chyba doskonale stosunki praktyki lwowskiej, stwierdził, że gdy on rozpoczynał zawód lekarza, jako młody doktor, nie mający jeszcze wyrobionej firmy u zamożniejszej warstwy, utrzymywał się z praktyki w tych właśnie sferach, które obecnie do Kas chorych należą. Teraz zaś lekarz młody nie ma możności wyrabiania sobie klienteli, bo warstwa zamożniejsza udaje się do lekarzy o znanem nazwisku a średnia klasa do Kasy chorych należy. Z czegóż więc ma żyć ten lekarz, jeśli nie posiada majątku? Sztuka lekarska w takich warunkach musiałaby się stać monopolem osób bogatych, co sprowadziłoby wprost odwrotne przesilenie i Kasy chorych po jakich 30 latach pozostałyby bez lekarzy. Zanim zaś to nastąpi lekarze muszą bardzo

---

dla nasz pan doktor Reichmann... ja panu Reichmann już dawno znam... jaby mug naszym żidkom nagadać co tamten kapcan, co wun nic nie umi, co oni mają iść ino do naszego pan Reichmann. Ale co ja bede za to mioł? Ja poczebuje przy tym troche zarobić...

— Niech mi się Puder w tej chwili wynosi... co za bezczelność nachodzić z takiemi łajdackiemi propozycyami, a to gałgan dopiero!

— Ny gałgan? to za moje dobre słowo?... ja już ide... pan nie poczebuje wyrzucić... ja sam ide... na co tak krzyczeć?...

Zirytowany doktor, pomógłszy energicznym ruchem Pudrowi, aby prędzej znalazł się za drzwiami, siadł na wózek i kazał jechać do pałacu. Stary Wojciech Gaduła, który już kilkanaście lat go woził, przyzwyczajony do rozmowy po drodze, obejrzał się kilka razy na milczącego doktora i nie mogąc wytrzymać, zapytał:

— Co pan dochtur dziś taki frasobliwy? Czy to o te szkołe?

— O jaką szkołę?

— Ano, co to ksiądz kanonik w szkole mówili w niedziele...

— Nie wiem o niczem.

— Ano niby coby teraz ludzie już nijak nie chodzili z przeproszeniem do żyda, kiej majom dochtora katolika, bo że to niby nijako dać zarobek niekszczonej osobie, kiedy jest w mieście katolik. I jeszcze jaki katolik. Ludzie bajali zawdy, że każdy dochtur to farmazon, a ten nowy to lepszy katolik jak poniechtury człowiek... on ta i na sume co niedziela idzie i z książki sie modli... a na odpuście to nawet sam do mszy służył księdzu kanonikowi... a... a... jak beły te misyje...

— Niechno Wojciech prędzej jedzie i nie gada bajek. Obrażony Wojciech zaciął konie i mruknąwszy pod nosem: — bajek, juści bajek... zawsze co żyd to żyd — splunął energicznie.

— Dzień ten był feralnym dla doktora Reichmanna, bo w pałacu spotkała go nowa niespodzianka. Plenipotent dóbr hrabskich oświadczył mu z widocznem zakłopotaniem, choć w słowach bardzo grzecznych, że hrabstwo, dziękując za dotychczasowe usługi i wyrażając uznanie za sumienną pracę, zwalniają go z posady, którą obejmie od Nowego Roku doktor Projektowicz, polecony im gorąco przez kogoś z bardzo wpływowych osób. Wszystko to spadło na niego jak grom, to też nawet Wojciech Gaduła, widząc doktora wychodzącego od „pana rzońcy“ zmienionego, zgarbionego, jakby się o parę lat postarzał, zachodził w głowę co się mogło stać.

— Juści nic innego — myślał — ino go tam godnie musieli pan rzońca nakrzyczeć, że nie umi narodu kurować. Ta i mojej babie gadali w aptyce, że ten nowy dochtur to lepszy, bo się uczył aże we Widniu, gdzie kużdy dochtur je prefesorem przy samym cysarzu.

Tymczasem ciężkie myśli obsiadły mózg doktora Reichmanna. Zaledwie doszedł do tego, że mógł spokojnie w przyszłość patrzeć, aż tu nagle ziemia mu się formalnie z pod nóg usuwa. Bo nie ulega wątpliwości, że jedno słowo „cudownego“ rabina odciągnie mu całą masę zaślepionego żydostwa w promieniu kilkumilowym — ksiądz klientelę chrześciańską — a stała posada z pewną na starość emeryturą przepadła bezpowrotnie. I co teraz począć? Nawet dla dobra rodziny nie przemoże się i nie pójdzie, on człowiek wykształcony, ugiąć karku przed ciemnotą zabobonu — wiary, w której go rodzice wychowali, nie zmieni na starość — nie zniży się do upokarzającej prośby u progu pałacu. Gdyby był sam, poszedłby w świat borykać się z losem jak przed laty; dziś już na to za późno. Co stanie się z dziećmi, które jeszcze pomocy materyalnej potrzebują? Czy mu sił, co się w ciężkiej potargały pracy, wystarczy, aby na nowo dobijać się o kęs chleba? Oto wraca teraz do domu i myśli co powiedzieć żonie, której się też już spokój i wygody należą. Wóz toczy się wolno po pustej alei parku pałacowego, zasłanej złotą powodzią liści opadłych z czarnych nagich drzew, wicher jęcząc miota gałęziami, słońce z zachodu krwawym pyłem prószy, a w duszy jego tak czarno i smutno, jakby ta jesień z myśli jego zrodzona wybiegła w świat, aby zmrozić śmiertelnem tchnieniem wszystko, co tak niedawno jeszcze zieleniło się życiem, co żyć chciało i miało prawo żyć.

Na skręcie minął go pędzący powóz hrabstwa, w którym siedział rozparty Projektowicz... jechał do pałacu.

---

pilnie baczyć, co mają począć, aby siebie i swych rodzin na ostatnią nędzę nie skazać.

Należy nam więc gruntownie rozpatrzeć kwestyę Kas chorych a w tym celu w szeregu artykułów damy pogląd na obecny stan tej kwestyi.

Ambulatorya bezpłatne.

(Dokończenie).

„Kwestya ambulatoryów — powiada Izba — jest dla lekarzy praktyków kwestyą chleba i ma pewną analogię z kwestyą Kas chorych.

Kasy chorych i ambulatorya krzywdzą lekarza w tym samym kierunku; Kasy chorych czynią to przez obniżenie honoraryów lekarskich, urągające wszelkim pojęciom słuszności i przez pośredniczenie, by tak obniżone honoraryum płaciły osoby zamożne; ambulatorya zaś krzywdzą lekarzy przez to, że są dla wszystkich dostępne i że udzielają bezpłatnej pomocy lekarskiej dla osób zamożnych i bogatych.

Ambulatorya, utrzymywane z funduszów publicznych i prywatnych, mają za cel udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej jedynie dla ubogich chorych, którzy też w razie potrzeby otrzymują bezpłatnie wszelkie środki, konieczne do miejscowego leczenia, jak opatrunki itp.

Takie pojmowanie rzeczy popiera dekret nadworny z 16. kwietnia 1782, zwrócony do komisyi nadwornej dla spraw, dotyczących zakładów dobroczynnych, który powiada: „Do pielęgnowania chorych, którzy są wszelkich środków pozbawieni, mają służyć szpitale już istniejące lub szpitale, które się jeszcze utworzy wedle potrzeby“.

Wszelkie akta fundacyjne i testamenty, które przeznaczają pieniężne dary na ten sam cel, mieszczą podobną klauzulę; również wszystkie ambulatorya, utrzymywane przez prywatne składki, lub przez towarzystwa, założono jedynie pod hasłem dobroczynności i w wyłącznym interesie ubogich.

Z tego powodu należałoby ambulatorya uważać za instytucye, wyłącznie dla ubogich przeznaczone i usilnie je popierać w interesie ubogich klas ludności. Kto jednak zna codzienny ruch chorych w bezpłatnych ambulatoryach, wie o tem, że te zakłady, dla ubogich przeznaczone, wyzyskują w sposób wstydliwy, lub bezwstydny osoby zamożne a nawet bogate, powodując się względami oszczędnościowymi. To, od lat długich praktykowane i tolerowane nadużywanie ambulatoryów przez ludzi zamożnych i bogaczów odbija się niekorzystnie:

1. na funduszach publicznych i prywatnych ambulatoryów, które skutkiem bezpłatnego wydawania zamożnym opatrunków itp. znaczny uszczerbek p noszą;

2. na interesach ubogiej ludności, która skutkiem napływu osób zamożnych do ambulatoryów traci znaczną część opieki lekarskiej, jej tylko się należącej;

3. głównie jednak na kieszeni lekarzy, którym ambulatorya, dostępne dla wszystkich (kliniki, polikliniki itd.) odbierają prawie zupełnie prywatną klientelę, mogącą zapłacić za ordynacyę lekarską.

Śród takich stosunków poczuwa się wiedeńska Izba lekarska do obowiązku wystąpienia w obronie interesów lekarzy i w obronie instytucyj humanitarnych, na wyzysk narażonych i domaga się od c. k. Namiestnictwa dolno-austryackiego, jako od właściwej w tych sprawach instancyi, by stanowczo zapobiegło bądź w drodze ustawodawczej, bądź też w drodze administracyjnych rozporządzeń krzywdom, które ponoszą ubodzy i lekarze skutkiem tego, że prywatne i publiczne zakłady lecznicze udzielają bezpłatnej pomocy ambulatoryjnej osobom zamożnym wbrew intencyi fundatorów tych zakładów i wbrew przepisom ustawy. Wiedeńska Izba lekarska żąda, by władza wykluczyła z bezpłatnych ambulatoryów wszystkie osoby zamożne i wszystkie osoby, obowiązane do należenia do Kasy chorych, a zatem mające zapewnioną opiekę lekarską w Kasie chorych i aby ambulatorya wyraźnie ograniczono na wyłączny użytek ubogich.

Nieznaczne trudności techniczne, których będzie wymagało zarządzenie słusznych środków zapobiegawczych, nie są w żadnym stosunku do wielkich korzyści, które wypłyną dla wszystkich czynników, interesowanych w kwestyi ambulatoryjnej przez ograniczenie ruchu ambulatoryów w duchu, przez Izbę podanym. Zmniejszenie napływu chorych do publicznych ambulatoryów (kliniki, ambulatorya szpitalne itd.) spowodowałoby z natury rzeczy zmniejszenie zużycia materyałów a więc oszczędność w skąpo uposażonych funduszach szpitalnych i w składanych na ten cel podatkach w postaci dodatków krajowych, Zmniejszenie frekwencyi w ambulatoryach, założonych i utrzymywanych środkami prywatnymi, oddziałałoby korzystnie na trudności finansowe, z któremi te zakłady po największej części walczą. Skromny człowiek ubogi nie byłby narażony na niebezpieczeństwo, że przeznaczoną dla niego opieką lekarską musi się dzielić z bogaczem, mającym wygórowane pretensye. Młody lekarz miałby więcej sposobności do zdobycia jakiejś ordynacyi prywatnej; starszy lekarz mniejby tracił zjednanej sobie klienteli. Pomijamy już tę okolicznosc, że przez oddalenie z ambulatoryów osób, mogących opłacać lekarza, zaradziłoby się nadzwyczajnemu przepełnieniu ambulatoryów, osobliwie ambulatoryów dla dzieci, co w ogólnym interesie sanitarnym jest pożądanem.

Z uwagi na te ważne momenty widzi się Izba spowodowaną zaproponować reformę w urządzeniu ambulatoryów według następujących zasad:

I. a) Wszystkie ambulatorya należy zreorganizować według jednolitego statutu wzorowego;

b) władza dopilnuje, by wszystkie ambulatorya prywatne stosowały się do wszelkich przepisów, mieszczących się w tym statucie, aż do czasu upaństwowienia, względnie ukrajowienia lub przyjęcia w zarząd miast tych zakładów, co jak najrychlej nastąpić powinno.

II. Od ambulatoryjnego leczenia w publicznych i prywatnych zakładach leczniczych należy wykluczyć wszystkie osoby zamożne, wszystkie osoby. obowiązane do należenia do Kasy chorych i wszelką służbę, której pracodawcy są w możności opłacenia za nią prywatnego leczenia.

Od tego zarządzenia stanowią wyjątek tylko chorzy, którzy wobec braku jakiejkolwiek innej pomocy lekarskiej udają się do ambulatoryum w nagłych nieszczęśliwych wypadkach, lub w razie niebezpieczeństwa dla życia. Jednakże tacy chorzy mają za udzieloną im pierwszą pomoc jednorazową zapłacić funduszowi instytucyi należytość w wysokości odpowiedniej stosownie do przyjętej w miejscu taryfy za podobną czynność lekarską.

Ocena, czy chory ma prawo do korzystania z ambulatoryum, ma się opierać na udokumentowanym dowodzie ubóstwa i tożsamości osoby.

Jako dokument, dowodzący ubóstwa, będzie służyło świadectwo ubóstwa a tożsamości osoby dowieść należy przez okazanie karty meldunkowej.

Kartę meldunkową, wypełnioną przez stronę i opatrzoną urzędową pieczęcią, przechowuje dozorca domu a wręcza ją tylko w razie potrzeby stronie w przypadku choroby, w celu wykazania tożsamości osoby w ambulatoryum. Każdego dozorcę domu należy pouczyć przez stosowną instrukcyę służbową, że dopuszcza się czynu karygodnego, jeśli kartę meldunkową wydaje innej stronie, a nie tej, do której ta karta się odnosi; również i strony należy pouczyć, że użycie cudzej karty maldunkowej stanowi oszustwo, które będzie sądownie karane.

Od natychmiastowego przedłożenia karty meldunkowej można zwolnić stronę tylko w wyjątkowych wypadkach, w których bezzwłoczna pomoc lekarska jest potrzebną.

Świadectwem ubóstwa powinien się chory wykazać, ile możności, już przy pierwszej wizycie, jednak można na nie zaczekać do drugiej wizyty ze względu na to, że tożsamość osoby stwierdzono na podstawie karty meldunkowej. W poszczególnych wypadkach może według uznania kierownika ambulatoryum karta meldunkowa wystarczyć do wykazania ubóstwa. We wszystkich innych wypadkach atoli pozostaje strona aż do przedłożenia wymaganego świadectwa ubóstwa dłużną funduszowi ambulatoryjnemu taką kwotę, jaka odpowiada miejscowej taryfie a należytość ta może być zafantowana.

Kontrolę co do uprawnienia chorego do ambulatoryjnego leczenia należy oddzielić od służby lekarskiej i ma ją wykonywać w osobnym lokalu (kancelarya dla przyjmowania chorych) lekarz lub urzędnik administracyjny.

Jeśli chory odpowiada warunkom co do przyjęcia, otrzymuje kartę, uprawniającą go do korzystania z ambulatoryum a wzamian za tę kartę otrzyma na odnośnym oddziale ambulatoryjnym kartę ordynacyjną tego oddziału, która go upoważnia do korzystania z ambulatoryum przez cały czas choroby, po ustąpieniu jednak tej choroby traci ważność. Przy ponownem zachorowaniu w późniejszym czasie musi pacyent powtórnie przebyć kontrolę w kancelaryi dla przyjmowania chorych. Pacyenci, którzy przy pierwszej wizycie okazują tylko kartę meldunkową, otrzymują w kancelaryi jedynie asygnatę na jednorazową wizytę, a przy następnej wizycie muszą przynieść świadectwo ubóstwa i dopiero wtedy dostaną przyzwolenie do odwiedzania zakładu przez cały czas choroby.

W ten sposób utworzyłoby się centralną kancelaryę, oceniającą bezstronnie i według stałych norm, czy pacyenci posiadają kwalifikacyę do korzystania z ambulatoryów. Publiczność wkrótce przywykłaby do tej nowości, istotnie ubodzy z nią by się pogodzili, a zamożni już przez jej wprowadzenie byliby od nadużywania awbulatoryów powściągnięci.

III. Do statutu wzorowego dla ambulatoryów należy oprócz punktu I. i II. przyjąć jeszcze następujące postanowienia:

a) Tylko nauczyciele kliniczni, względnie zastępcy, mogą sprowadzać takich chorych, którzy nie zdołają udowodnić swego ubóstwa, aby ich użyć do celów nauczania.

b) Gdy lokale i środki wszelkie w ambulatoryach służą jedynie do celów humanitarnych, nie wolno lekarzom ambulatoryjnym przedsiębrać, lub innym polecać w ambulatoryum zabiegów leczniczych, lub rozpoznawczych na chorych z ich prywatnej praktyki.

c) Nie wolno dyrektorowi ambulatoryum pod żadnym warunkiem odsyłać do ambulatoryum chorych, którzy wprawdzie mogą płacić, jednak nie czynią zadość wymaganiom jego co do wysokości honoraryów.

d) Nie wolno poszczególnym lekarzom nadużywać ambulatoryów dla zarekomendowania się, lub zareklamowania.

e) Nie wolno lekarzom awbulatoryjnym przyjmować chorych ambulatoryjnych do leczenia w domu.

f) Na drukach, formularzach receptowych, kartach itd., które w ambulatoryum wydają, nie mogą być pomieszczane nazwiska kierowników ambulatoryjnych. (Ordynacya bezosobowa. „Unpersönliche Ordination“).

IV. Ambulatorya mają być urządzane przy istniejących już szpitalach, lub przy szpitalach, które będą założone, lub przy zakładach leczniczych, nie mogą więc być pomieszczone w domu prywatnym, lub w budynku, służącym także do innych celów.

Treść punktacyi II. należy obwieścić publiczności przez ogłoszenie, wywieszone w ambulatoryach.

Wiedeńska Izba lekarska oczekuje, że c. k. Namiestnictwo dolno-austryackie załatwi niniejsze podanie jako naglące i w drodze ostateczne uregulowanie sprawy ambulatoryów przez powołanie ankiety ze wszystkich kół interesowanych“.

Organizacya
prasy lekarskiej polskiej.

Do spraw niezałatwionych na poprzednim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, które więc powinny w dalszym ciągu przyjść na porządek dzienny tegorocznego Zjazdu, należy sprawa organizacyi prasy lekarskiej polskiej.

Omawiano ją dość szeroko na poprzednim Zjeździe, powzięto nawet uchwały, wybrano komitet wykonawczy, lecz wszystkie te przygotowania i prace nie doprowadziły do żadnych praktycznych wyników.

Między innemi uchwalono, że „sekcya uważa za pożądane ulepszenie jakościowe i zwiększenie liczebne sprawozdań z prac polskich do czasopism obcych“ a nadto wyłonił się projekt utworzenia biura centralnego dla referatów i wzajemnego porozumiewania się poszczególnych redakcyj w kwestyach wydawniczych i administracyjnych.

W myśl uchwały opracował po Zjeździe prof. dr. Ciechanowski „projekt organizacyi biura sprawozdawczego z prac lekarskich polskich do pism zagranicznych“ i rozesłał go do wszystkich redakcyj. Większość jednak redakcyj nie odpowiedziała na projekt, inne zaś nie chciały przyjąć zobowiązań finansowych i tak cała sprawa upadła tem więcej, gdy sekcya w uchwale swej nie wskazała, kto ma być ostatecznym wykonawcą projektu, a zresztą nie można było znaleść stosownego, a chętnego kandydata na kierownika biura referatowego.

Obecnie prof. dr. Ciechanowski zamierza ponownie wystąpić w sekcyi prasowej ze swoim projektem i zgłosił do komitetu sekcyjnego na ten temat referat.

Równocześnie prof. dr. Kadyi zgłosił na Zjazd wniosek, aby założyć pismo referatowe w języku francuskim lnb niemieckim dla sprawozdań z prać lekarskich polskich, a prof. Króliński wystąpił z wnioskiem, aby założyć nowe pismo polskie, w którem by umieszczano wyłącznie referaty bieżące i referaty zbiorowe z literatur lekarskich obcych.

Mniemam, że nawet najpiękniejszy wniosek, czy projekt na nic się nie przyda, jeśli z góry nie obmyśli się sposobu wykonania i sądzę, że narady sekcyi prasowej na tegorocznym Zjeździe mogą tylko pod tym warunkiem dać pozytywne rezultaty co do organizacyi naszej prasy, jeśli wnioskodawcy przedłożą dokładny program wykonania swych pięknych myśli, jeśli obliczą, ile takie przedsięwzięcie będzie kosztowało, skąd weźmie się kapitały, na jakie siły fachowe na pewne liczyć można, jakie korzyści zrealizowanie projektu zapewni wykonawcom tj. referentom, redaktorom i innym współpracownikom.

Dobrze też będzie, gdy sprawa jeszcze przed Zjazdem przejdzie przez wstępną dyskusyę, bo w ten sposób uchyli się rozliczne nieporozumienia i uprości debaty zjazdowe.

Nie znam dotąd szczegółów projektu prof. Kadyi'ego i nie wiem, jak zamierza proponowane pismo referatowe niemieckie lub francuskie materyalnie ustalić. Gdy dowiedzie, że będą na to znaczne fundusze i inne środki, propozycyi tylko przyklasnąć będzie można. Ale bez poprzedniego zapewnienia dostatecznych funduszów propozycya prof. Kadyi'ego wydaje mi się niedostatecznie przygotowaną do obrad na Zjeździe. Wiadomo, że wydawanie w naszych warunkach pisma fachowego jest rzeczą kosztowną, a tego rodzaju wydawnictwo niemieckie czy francuskie nie mogłoby liczyć na znaczną liczbę prenumeratorów wobec konkurencyi pism obcych i wymogów obcych lekarzy, którzy wiadomościami wyłącznie z polskiego piśmiennictwa fachowego wcale zadowolić się nie zechcą. Że zaś zwykle od poczytności pisma zależy jego dział inseratowy, przeto i na inseraty nie wiele rachować wypada.

Wniosek prof. Królińskiego uzna zapewne każda redakcya o tyle za zbyteczny, o ile wedle możności sama już czytelników z obcą literaturą lekarską poznajamia, referując w streszczeniu o pracach z pism lekarskich zagranicznych. Pismo, któreby po myśli prof. Królińskiego lepiej to zadanie spełniało i dawało pokrótce przegląd obcego piśmiennictwa lekarskiego współczesnego, byłoby o tyle pożądanem, że wyrugowałoby może tak popularne u nas niemieckie czasopisma fachowe, gdyby w cenie było dla uboższych kolegów równie dostępne, jak pisma niemieckie. Być może, że ta myśl da się przeprowadzić, nie wymaga jednak, jak sądzę, zbiorowej organizacyi prasy polskiej, gdyż takie wydawnictwa najlepiej prosperują przy inicyatywie prywatnej, która na siebie przyjmuje całe ryzyko przedsiębiorstwa. To też i prof. Króliński chce zrealizowanie swego projektu przekazać jednemu z pism lekarskich polskich i wymienił jedno z pism warszawskich, któreby, według jego zdania, podjęło się tego wydawnictwa, gdyby miało zapewnione poparcie ogółu lekarzy. Jeśliby zaś żadne pismo na taką zmianę wydawnictwa się nie zdecydowało, sekcya prasowa może chyba tylko wyrazić zdanie, czy uważa je za potrzebne, a więcej nawet w tym względzie byłoby kompetentne zebranie lekarzy ze wszystkich sekcyj, gdyż w tej jak obecnie formie, wniosek prof. Królińskiego ma na względzie więcej potrzeby lekarzy samych, niż prasy lekarskiej i powodzenie owego wydawnictwa od uznania jego potrzeby przez ogół, lub znaczną część lekarzy zależy. Inna byłaby rzecz, gdyby prof. Króliński zaproponował wydawnictwo referatowe dla obcej literatury lekarskiej, któreby było na wspólny koszt i na wspólny użytek wszystkich redakcyj polskich radagowane. Mogłyby np. redakcye nasze uznać za praktyczne, by referatów z obcych literatur w swym tekście nie pomieszczać a natomiast dołączać co 2 tygodnie jako bezpłatny dodatek pismo, które prof. Króliński radzi wydawać. Ubyłby wtedy redakcyom koszt i staranie o dział referatowy, zyskałyby miejsca więcej na prace oryginalne. Przy nakładzie jakich 4.000 egzemplarzy koszt takiego wydawnictwa byłby niewielki dla każdej z redakcyj, a zcentralizowanie pracy referatowej niewątpliwie wypadłoby ną korzyść całej roboty. Prenumeratę samego wydawnictwa i dochody z ogłoszeń, w ogóle cały dochód czysty rozdzielałoby się między poszczególne redakcye w stosunku do liczby egzemplarzy, przez każdą z redakcyj stale abonowanych. Gdyby tak swój wniosek prof. Króliński rozumiał, możeby o tem w sekcyi prasowej pomówić należało, a projekt dałby się dość łatwo urzeczywistnić nawet przy porozumieniu kilku pism lekarskich. Podobne kombinacye widzimy przecież w obcej prasie lekarskiej i tego roku np. firma Zittera w Wiedniu rozesłała ofertę na abonament zbiorowy 7 czasopism lekarskich za 28 koron rocznie.

Projekt, opracowany przez prof. Ciechanowskiego, uważam za bardzo trudny do wykonania, a przypuszczam, że i większość redakcyj tak samo ten projekt oceniła, skoro na niego nie odpowiedziała. Sam też wnioskodawca z pewnością nie podjąłby się wykonania swego projektu, a nie dziwię się, że nie znalazł żadnego stosownego i chętnego kandydata na wykonawcę.

Przypomnę w następnym numerze naszego pisma, jak ten projekt opiewa.

(C. d. n.)

Dr. Szczepan Mikołajski.

Opinia Izb lekarskich
w sprawie tytułu specyalisty.
3. Opinia śląskiej Izby lekarskiej.

(Ciąg dalszy).

Nie usunęłoby się charakteru, naruszającego uprawnienia promowanych lekarzy, także i wtedy, gdyby się dotychczasowemu np. „lekarzowi chorób kobiecych“ zakazało tej nazwy, a za to pozwoliło mu się ogłaszać, że „ordynuje tylko w chorobach kobiecych“. Wprawdzie reskrypt ministeryalny przytacza to określenie tylko przykładowo, ale tym sposobem wprowadza w miejsce określenia spornego inne określenie, jeszcze więcej sporne i nie dające się utrzymać *).

Tam, gdzie dla określenia osób, rzeczy i pojęć mamy rzeczownik, cofnęłoby nas opisywanie pewnego określenia osoby za pomocą całego zdania do czasów niemowlęctwa w rozwoju języka i zboczylibyśmy przez to od zwyczaju, w całym świecie panującego. A czyżby lekarz, który „ordynuje w chorobach kobiecych“ nie pozostał i nadal „lekarzem chorób kobiecych“, tak jak krawiec, który szyje ubrania męskie, jest i pozostanie krawcem męskim?

Na wywieszce lekarza usłoby jeszcze jako tako tak rozwlekłe określenie, chociaż i tu sprawiałoby ono trudności, bo np. napis: „dr. N. N. ordynuje w chorobach kobiecych od 2—3 godz.“, możnaby i tak rozumieć, że wyznaczona godzina ordynacyjna jest dla kobiet, a napis taki wcaleby tego nie wyrażał, co jest zamiarem lekarza, mianowicie, że chce się zajmować wyłącznie lub przeważnie chorobami kobiecemi.

Jakżeby jednak wyglądało ogłoszenie zmiany mieszkania, lub ogłoszenie śmierci? Np.: „dr. N. N., który w chorobach kobiecych ordynuje, mieszka od dnia . . . w . .“ albo: „dr. N. N., który w chorobach kobiecych ordynował, zmarł w dniu . . .“, bo określenia „lekarz chorób kobiecych“ nie wolnoby było nadać nawet zmarłemu.

Reskrypt ministeryalny zarzuca określeniom, dotychczas powszechnie i wszędzie używanym, że daj. powód do przypuszczenia, jakoby odnośny lekarz zaliczał się do szczególnej kategoryi lekarzy. Nie wiemy, ktoby mógł powziąć takie błędne a zresztą nieszkodliwe przypuszczenie, tego jednak jesteśmy pewni, że dopiero na prawdę szczególna kategorya lekarzy powstałaby po za-

*) *Nil agit exemplum, litem quod lite resolvit.* —

prowadzeniu lekarzy specyalistów autoryzowanych, dyplomowanych, promowanych, czy akademickich, a jeśli obecnie bezkrytyczna publiczność rozróżnia istotnie dwie kategorye lekarzy (lekarzy ogólnych i lekarzy nieautoryzowanych specyalistów), to potem rozróżniałaby aż trzy kategorye, chociaż światła publiczność znałaby tylko dwie kategorye lekarzy. Pod tym względem przyłączamy się do poglądów z dawniejszych czasów, które ustanawianie różnych kategoryj lekarzy uznawały za rażący anachronizm, za zabytek średniowiecza. (Patrz: Schauenstein 1863).

Zamierzone utworzenie osobnej kategoryi lekarzy sprowadzi w kilku kierunkach złe następstwa, a nie możemy dostrzedz żadnego następstwa dobrego z tej reformy.

Według obecnego stanu prawnego — powiada reskrypt ministeryalny dla uspokojenia obaw — nie nadawałby nowy stopień akademicki, dołączony do doktoratu, żadnych szczególnych lub wyłącznych praw do wykonywania praktyki. Jeśli jednak na obecnej prawnej podstawie dopuszczalne jest naruszenie uznanych uprawnień, nie będzie można wiele budować i na przyszłej zasadzie prawnej. Najwidoczniej przecież istnieje zamiar, aby ograniczyć — jakkolwiek nie obecnie jeszcze — praktykę w działach specyalnych ze strony lekarzy, nie mających autoryzacyi specyalistycznej, na korzyść specyalistów autoryzowanych, a jesteśmy tego pewni, że autoryzowanym specyalistom nie będzie wzbronione obok lub zamiast praktyki specyalistycznej zajmować się wszelką inną praktyką, starać się o posady w Kasach chorych, w gminach, przy kolei i t. d., bo pod tym względem prawa ich nie byłyby uszczuplone. Nie zapuszczając się w proroctwa, nie możemy jednak w tej mierze pozbyć się obaw. Żyjemy w czasach cechowych usiłowań i ograniczeń, a kresu tych ograniczeń trudno przewidzieć.

Według zapatrywania, wyrażonego w reskrypcie ministeryalnym, autoryzacya specyalistyczna dawałaby dowód osobliwej kwalifikacyi lekarskiej a specyalista autoryzowany mógłby tę kwalifikacyę ogłaszać legalnie (czy legalnie? bez zmiany obecnego ustawodawstwa?). Zmusiłoby się też ludność do odróżnienia specyalisty autoryzowanego od nieautoryzowanego.

Nie możemy się dopatrzeć praktycznego pożytku z tych oczekiwanych następstw specyalistycznej autoryzacyi. Co się zaś tyczy tego, że ludność byłaby zmuszoną do rozróżniania różnych kategoryj lekarzy, to bardzo wątpimy, czyby do tego przyszło.

Publiczność będzie tylko to widziała i rozumiała, że np. „autoryzowany lekarz chorób dzieci“ i lekarz „ordynujący w chorobach dzieci“ — jeśli w ogóle będą się trzymali swych specyalności, w czem obaj nie będą krępowani — leczą tylko dzieci, podczas gdy obok nich praktykujący lekarye ogólni oprócz innej praktyki także praktykę w chorobach dzieci wykonują.

Prawdopodobnie z reguły rozdzielą się te dzieci, leczone przez trzy kategorye lekarzy, w ten sposób, że dla lekarza chorób dzieci „autoryzowanego“ przypadną w udziale domy zamożniejsze, dla lekarza „ordynującego w chorobach dzieci“ średnia klasa, podczas gdy ogólny praktyk i dzieci osób, nie mogących płacić lekarza, wzajem sobie nie wystarczą. Może jednak czasami rozdział chorych inaczej się ułożyć; w takim razie publiczność będzie przyznawała najobfitsze doświadczenie i największą zręczność lekarzowi, najwięcej zajętemu i dla pubiczności taki praktyk i bez specyalistycznej autoryzacyi byłby zawsze „lekarzem chorób dzieci“.

A wtedy lekarz „autoryzowany“ nie zadowalałby się zapewne czczym tytułem, który mu przysłuża, lecz rościłby sobie szczególne prawa. Bo i po cóż byłby osobny egzamin, gdyby nie dawał osobnych praw. —

Cóż mogło dać powód do zamiaru wprowadzenia nowej kategoryi lekarzy i stąd wynikającego popierania i ochrony specyalizacyi lekarzy?

Nie wpływał tu zapewne wzgląd na interes, któryby mógł mieć Wydział lekarski w tym zakresie, by bezprawnie nie używano tytułu specyalisty. O ile możemy poznać ten bliżej nieokreślony interes Wydziału, wydawałby on się nam raczej niezasługującym na uwzględnienie.

I czyż zachodzi istotna potrzeba takich zarządzeń? Czyż daje się odczuwać brak specyalistów? Czyż ich jest za mało, lub czy pozostawia coś do życzenia ich naukowe lub praktyczne wykształcenie?

Że specyalistów nie jest za mało, lecz z pewnością za dużo, dowodzi tego najdosadniej ten fakt, że znaczna — zapewne największa część lekarzy ze specyalistycznemi określeniami oprócz swego działu specyalistycznego wykonuje i ogólną praktykę, ubiega się o posady gminne, w Kasach chorych, przy kolejach i t. d. i takie posady zajmuje, gdyż ze swej specyalności wyżyćby nie mogła.

Co zaś do naukowego i praktycznego wykształcenia oraz sprawności młodych lekarzy w ogóle, a naszych specyalistów w szczególności, to nie bylibyśmy w stanie stwierdzić zacofania w tym kierunku, gdyby je wszakże istotnie dostrzeżono, winy tych stosunków dopatrywalibyśmy się w szkole i w dotychczasowym sposobie praktycznego kształcenia lekarzy w zakładach leczniczych. A przeciw temu byłoby odpowiednim środkiem zaradczym podniesienie szkół do wyżyny nowoczesnej i popieranie praktycznego wykształcenia młodszych lekarzy w zakładach leczniczych, na kursach uzupełniających i t. d. a nie podniecanie specyalizacyi do sztucznego życia.

To, co reskrypt ministeryalny zamierza zaprowadzić dla przyszłych specyalistów autoryzowanych, mianowicie praktyczne wykształcenie na Wydziałach lekarskich lub w większych zakładach leczniczych po uzyskaniu doktoratu, wydawałoby nam się potrzebniejszem i więcej pożądanem dla młodych lekarzy, którzy chcą się zajmować praktyką — a mianowicie ustanowienie jednorocznej praktyki szpitalnej, co już od szeregu lat jest *pium desiderium* stanu lekarskiego. Specyaliści juźby się sami znaleźli, jak to dotychczas było.

Jedynie z powodu braku sposobności do takiej praktyki szpitalnej — z której to sposobności chciwieby skorzystano, gdyby była dostępną — rzuca się wielka część młodych lekarzy natychmiast do zarobkowania. Po największej części nie mają oni właśnie środków, aby wytrwać nieprzeliczony szereg lat na stanowisku bezpłatnych aspirantów.

Gdyby się nastręczyła sposobność jednorocznej praktyki szpitalnej dla początkujących praktyków, byłby to zarazem środek do ich wykształcenia w działach specyalnych, bo ostatecznie wszystkie oddziały szpitalne są poniekąd szkołą specyalistów a wszelka pratyka jest pewnego rodzaju praktyką specyalistyczną, gdyż żaden praktyk (podobnie jak żaden teoretyk) nie jest w stanie objąć całego obszaru medycyny, to też choćby nie wiedzieć jak był wszechstronnym, musi wiele gałęzi medycyny na uboczu pozostawić.

Przyjęcie do szkoły specyalistów będzie zapewne młodym lekarzom zapewnione, gdyż będą za to musieli płacić. Chociażby ponoszenie tych kosztów bardzo trudno przychodziło młodym lekarzom, to jednak przy studyum specyalistycznem widzieliby przed sobą oznaczony kres nauki i początek zarobkowania. Spodziewać się więc trzeba że do szkół specyalistycznych będzie wielki napływ, tem bardziej, gdy reskrypt ministeryalny daje do zrozumienia, że także sekundaryusze i asystenci, wykształceni według dzisiejszego stanu rzeczy, musieliby przejść szkołę specyalistyczną i egzamin specyalny, każdy więc będzie wolał zamiast tak długich lat służby, zaraz po doktoracie wstąpić do szkoły specyalistycznej.

Wobec tego napływu do szkół specyalistycznych musianoby porzucić obecny tok służby szpitalnej, poświęcony wykształceniu w całym zakresie medycyny. Wtedy lekarze, rozpoczynający samodzielną praktykę, będą najczęściej specyalistami, którzy przedtem nie ogarnęli wzrokiem całego obszaru medycyny.

Obecny tok służby szpitalnej nie będzie otwarty nawet dla zwykłych praktyków, bo stanowiska lekarskie w zakładach zajęte będą przez uczniów specyalistycznych, płacących należytość szkolną. To bowiem jest jasne, że płacącym kandydatom na specyalistów nie będzie można wyznaczyć roli bezczynnych widzów, którą się dziś aspiranci zadowalają.

Zakres działania kandydatów specyalistycznych będzie raczej taki, lub wkrótce takim stać się musi, jakim jest zakres działania dzisiejszych sekundaryuszy i asystentów a przy tej samej co dzisiaj liczbie tych posad zostaliby wyparci i zginęliby płatni sekundaryusze i asystenci dzisiejszego typu. Byłaby to krzycząca niesłuszność, którąby miała to następstwo, że w małych miastach i na prowincyi dałby się odczuwać brak praktyków ogólnych. A i w dużych miastach, w których specyaliści przedewszystkiem jeszcze przez długi czas szukać muszą zajęcia, nie byłoby dostatecznego zarobku dla nadmiernego napływu specyalistów a skutkiem tego wielka ich część musiałaby chwycić się praktyki w ogólnym zakresie medycyny. Wytworzyłby się wówczas podobny stosunek, jaki teraz istnieje w miastach mniejszych (15.000 do 20.000 mieszkańców) w których specyalista z praktyki w swym dziale wyżyć nie może. (Dok. nast.)

Z debat sejmowych
w sprawach sanitarnych.

Mowa członka Wydziału krajowego p. Onyszkiewicza, wygłoszona na posiedzenin Sejmu w dniu 24. października 1903.

Kilkakrotnie ponawiane żądania i domagania się fakultetu lekarskiego przez swoich reprezentantów w tym Wysokim Sejmie o uzupełnienie fakultetu i wybudowanie brakujących klinik są niewątpliwie zupełnie uzasadnione. Brak bowiem tych klinik istotnie zagraża fakultetowi niebezpieczeństwem, na które wskazał poprzedni mowca, t. j. tem, że albo nie będzie mógł promowować swych uczniów, nie będzie mógł doktoryzować swoich ukończonych słuchaczów, albo grozi mu też niebezpieczeństwo nie o wiele mniejsze, mianowicie prowizoryum.

Jak bowiem słyszeliśmy, rząd rzeczywiście zamierza zaprowadzić pewnego rodzaju prowizoryum, gdyby się fakultet na to zgodził.

Na czem owo prowizoryum polegać może, oczywiście tego dziś nie wiemy, jeżeli zaś zważymy, jak niebezpieczne są w ogóle wszelkie prowizorya, jaki niedobry stan te prowizorya wytwarzają, to musimy się obawiać, że zaprowadzenie prowizoryum na fakultecie medycznym, zaprowadzenie katedr prowizorycznych i prowizorycznej nauki klinicznej, bardzo łatwo mogłoby doprowadzić do obniżenia poziomu całego fakultetu. A przed tem następstwem fakultet bardzo słusznie się broni.

To też wnioski komisyi, w których się

zawiera poparcie tych żądań i polecenie Wydziałowi krajowemu prowadzenia z rządem rokowań dla uzyskania brakujących katedr i klinik, uważam za zupełnie słuszne.

Nie mogę jednak przyznać słuszności komisyi w tem, gdy żaląc się na powolny tok urgowania w przedmiocie uzupełnienia katedr i klinik, równocześnie robi Wydziałowi krajowemu zarzut, jakoby on był winien temu powolnemu tokowi tych rokowań.

Komisya w sprawozdaniu twierdzi, że Wydział krajowy nie tylko nie upominał się energicznie, ale dopuścił nawet do tego, że stosunki ułożyły się odwrotnie, że rząd wywiera nacisk na Wydział krajowy co do rokowań w tym przedmiocie.

Rzecz się tak nie ma. W szczególności muszę powiedzieć, że o rokowaniach w ścisłem tego słowa znaczeniu nie ma mowy, bo dotąd rokowań takich nie ma i nie było, lecz była tylko pewna wymiana korespondencyi, o której natychmiast powiem.

Dotąd ilekroć bądź fakultet medyczny bądź w memoryałach do rządu, bądź też Sejm w rezolucyach domagał się uzupełnienia klinik, zawsze równocześnie z tem żądaniem łączyły się skargi na zły stan klinik, które zostały umieszczone w szpitalu powszechnym.

Dotąd zawsze domagano się umieszczenia tych klinik w osobnych, specyalnie wybudować się majacych budynkach.

Okoliczność ta, że te dwa żądania równocześnie były stawiane, osiągnęła dotąd ten jedynie rezultat, że rząd na żądanie w ten sposób formułował swoje odpowiedzi, że ostrze zwracał przeciw Wydziałowi krajowemu z powodu złego umieszczenia klinik w szpitalu, czyniąc go za to złe umieszczenie odpowiedzialnym i domagał się, aby Wydział krajowy poprawił te kliniki względnie, aby pobudowat dla nich specyalne budynki.

Stąd zamiast zastosować się do życzenia kraju i pomnożyć liczbę klinik, rząd zmienił zupełnie charakter tej korespondencyi i robił sam przedmiotem sporu między rządem a Wydziałem krajowym, co właściwie przedmiotem sporu nie było. Wydział krajowy musiał się przeciwko tema bronić, a zwłaszcza wykazać, że zarzuty, jakoby obowiązków przyjętych na siebie umową z r. 1892 nie dopełnił, są bezzasadne.

Czy kliniki umieszczone w szpitalu są złe, czy dobre, w ocenę tego ja się wdawać nie mogę, nie mogę podawać w wątpliwość twierdzenia profesorów, którzy tak samo, jak komisya sanitarna, konstatują, że kliniki są złe.

Jednak komisya w tym roku stwierdziła, zdaje mi się po raz pierwszy, że wina tego złego stanu klinik, umieszczonych w szpitalu powszechnym, nie cięży na kraju i nie jest wynikiem zaniedbania ze strony Wydziału krajowego, lub niedopełnienia obowiązków, wypływających z umowy, z rządem zawartej. To stwierdzonem nigdy nie było, a rząd wysuwa zawsze potrzebę naprawy tego, co jest, na plan pierwszy a uzupełnienie nowymi klinikami pozostawia przyszłości. Dla tego nie było rokowań o uzupełnianie klinikami brakującemi a domagano się poprawy stanu klinik, już istniejących. Dopiero w roku bieżącym na konferencyi, na którą po raz pierwszy zostaliśmy zaproszeni, trzeba było aż przedkładania dokumentów i dowodów, że wina nie jest po stronie kraju, że kraj umieścił kliniki tam, gdzie rząd żądał, dał na pomieszczenie to, czego żądano i zaadaptował kliniki tak, jak tego żądał fakultet zgodnie z rządem.

Gdy dokumentami wykazaliśmy, żeśmy dopełnili wszelkich zobowiązań z mocy ugody, z rządem zawartej, wypływających, gdy wykazano badaniami technicznemi, że to, czego rząd się domagał, jest wprost technicznie niewykonalnem i ze względu na konstrukcyę gmachu niemożliwe, od tej chwili ucichły zarzuty, skierowane przeciwko Wydziałowi krajowemu z powodu rzekomo niedopełnienia warunków umowy z r. 1902. Dopiero po przeprowadzeniu tego dowodu i uspokojeniu zarzutów przeciwko Wydziałowi krajowemu rozpoczęła się akcya na konferencyach, które miały mieć za przedmiot sprawę uzupełnienia fakultetu medycznego brakującemi klinikami.

Na tych konferencyach nie było rokowań właściwych co do zbudowania brakujących klinik, lecz chodziło o ułożenie programu akcyi w tym kierunku, a więc o ustanowienie, w jakiem kolejnem następstwie kliniki mają być budowane, czy wszystkie razem, czy kolejno, co ma się w klinikach zawierać, chodziło o sporządzenie projektów, kosztorysów, o wyszukanie gruntów pod budowę, słowem chodziło tylko o program akcyi a delegat ministerstwa, który tu na wiosnę przyjeżdżał, poruszył w dyskusyi informacyjnej kwestyę udziału w kosztach ze strony funduszów krajowych i państwowych. W rezultacie Namiestnictwo wspólnie z fakultetem lekarskim przyjęło obowiązek wypracowania projektu i kosztorysów a pismem z ostatniego lipca b. r., ktore doszło do Wydziału krajowego w sierpniu, został nam przedłożony projekt i kosztorys, zawierający dwie alternatywne propozycye mianowicie: bądź budowy dwóch budynków na gruntach, mających się nabyć na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej i laryngologicznej na sto łóżek, kosztem 1.400,000 K, bądź projekt budowy czterech klinik t. j. oprócz tamtych, nadto dermatologicznej i okulistycznej, kosztem 1.400,000 na dwieście łóżek, również z ceną gruntu. Jednak te obie cyfry, tak ogólnie postawione, nie obejmowały jeszcze kosztów całego urządzenia klinik. Wydział krajowy miał się oświadczyć, na który z tych projektów by się zgodził, a zarazem, czy byłby skłonny pokryć dwie trzecie części kosztów, gdyż rząd ofiarował jedną trzecią. Na pismo to, które było wstępem właściwych rokowań, bo poprzednie były to tylko pisma sporne, Wydział krajowy dotąd nie odpowiedział dla tego, ponieważ wówczas już Wydział krajowy wiedział, że wkrótce będzie Sejm krajowy zebrany i będzie załatwiony stojący na porządku dziennym wniosek rektora Rydygiera a nie chciał uprzedzać tej dyrektywy, jakiej przy uchwaleniu tego wniosku Sejm mógłby Wydziałowi krajowemu udzielić.

Teraz mam sobie za obowiązek zaznaczyć stanowisko Wydziału krajowego w tej sprawie. Umową z r. 1902 kraj nie zobowiązał się zgoła do budowy dalszych klinik. Kraj zbudował 3 kliniki, a pomieścił 2 na mocy tejże umowy w szpitalu powszechnym. Co do brakujących jeszcze, to artykułem 11-tym kraj zobowiązuje się pomieścić je również w szpitalu powszechnym a to na podstawie specyalnej, ad hoc zawrzeć się mającej umowy. Wobec uczynionych propozycyi jesteśmy w tej chwili w tem położeniu na gruncie prawnym na mocy układu z rządem zawartego, że my nie mamy obowiązku ani budować, ani przyczyniać się do kosztów budowy tych klinik; mamy jedynie obowiązek pomieścić kliniki w szpitalu. Ale że to jest niemożliwe dla braku miejsca, a również okazało się jako technicznie chybione, przeto Wydział kraj. stoi na tem stanowisku, że gotówby zgodzić się na przyjęcie na się obowiązku zbudowania dwóch klinik, psychiatrycznej i laryngologicznej na sto łóżek. Co zaś do udziału w kosztach, to oczywista rzecz, nie mógłby się Wydział kraj. zgodzić pod żadnym warunkiem na ten stosunek udziału, jaki mu został zaproponowany. W projekcie powiedziano, że jedynym tytułem, z którego kraj mógłby być pociągany do udziału w kosztach, jest okoliczność, że kliniki oprócz tego, iż są zakładami uniwersyteckimi, są także szpitalami, więc usprawiedliwiony jest udział kraju w tej wysokości, któraby odpowiadała kosztom, mającym się wyłożyć na zbudowanie szpitala na sto łóżek.

Na podstawie licznych doświadczeń koszt jednego łóżka w szpitalu wraz z urządzeniem wynosi 2000 do 2400 K. Biorąc cyfrę najwyższą, do której pójść byśmy mogli, wypadłby udział w kwocie 240.000 K. z funduszów krajowych, a jeślibyśmy ponad tę miarę pójść cokolwiek mieli, to chyba z tego względu, że koszt nabycia gruntu pod te kliniki byłby niezbyt wysoki. Ten stan rzeczy i ten stan rokowań rozpoczętych miałem sobie za obowiązek podać do wiadomości Wysokiej Izby raz, ażeby sprostować niektóre błędne informacye i nieuzasadnione wnioski, jakoby Wydział kraj. był przyczyną powolnego tempa postępowania tej sprawy, powtóre ażeby uprzedzić Wysoką Izbę o znacznym wydatku, jaki ją z tego powodu czeka.

Odezwa do lekarzy więziennych.

Płaca lekarzy więziennych jest niepomiernie niska. Aby uzyskać podwyższenie tej płacy należy za pośrednictwem Izb lekarskich wnieść zbiorowe podania do rządu, względnie do parlamentu.

Chcąc takie zbiorowe podanie doprowadzić do skutku, proszę uprzejmie Kolegów lekarzy więziennych, należących do Izby zachodnio-galicyjskiej, aby zechcieli mi do Jasła nadesłać swoje adresy. Bardzo będę wdzięczny, gdy mi Koledzy nie poskąpicie w listach swych uwag i wskazówek co do argumentacyi i żądań, jakie należy w podaniu skrystalizować. Bardzo mi będzie pożytecznie przy układaniu podania wiedzieć 1) jaka jest dotychczasowa płaca? 2) jakie obowiązki? 3) do jakiej wysokości należałoby płacę podwyższyć, aby odpowiadała słusznym, ale nie wygórowanym wymaganiom?

Proszę więc bardzo uprzejmie, aby każdy z lekarzy więziennych tych wiadomości i adresu swojego mi dostarczył, a ja gotowe podanie po kolei wszystkim do podpisu nadeszlę.

Mam nadzieję, że lekarze więzienni, należący do Izby wschodnio-galicyjskiej postąpią w sposób podobny i równocześnie wyszlą także takie samo podanie do swojej Izby lekarskiej. Ufam także, że nasze obie Izby poruszą wskutek tych zbiorowych podań resztę Izb lekarskich całej monarchii, a w ten sposób powinno się uzyskać to, co się tak słusznie i koniecznie należy.

Jasło, w lutym 1904 r.

Dr. Józef Kadyi.

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Reskrypt c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 22. lipca 1903, L. 30271 ex 1902 do wszystkich krajowych władz politycznych w sprawie diet i kosztów podróży urzędników politycznych przy jednodniowych komisyach.

Z powodu zapytania pewnego urzędu krajowego wyjaśnia się c. k. . . . co do należytości diet i kosztów podróży dla urzędników politycznych przy jednodniowych komisyach co następuje:

Ponieważ w § 1. rozporządzenia z dnia 3. lipca 1854 Dz. p. p. Nr. 169 postanowiono, że diety należy policzać według dotychczasowych ogólnych prze-

pisów, a przez to rozumieć można jedynie ogólny przepis dekretu kancelaryi nadwornej z 21. maja 1812 L. 13323, Zb. u. p. tom 38, Nr. 71, okazuje się przeto, że artykuł I. tego przepisu, według którego diety należy uważać wyłącznie jako wynagrodzenie za wydatki na posiłek (Zehrungsauslagen), nie utracił mocy obowiązującej.

Takie zasadnicze rozumienie pojęcia „diety“ mieści to w sobie, że przy jednodniowych komisyach tylko wtedy można przyznać należytość diety, jeśli — niezależnie od oddalenia miejsca komisyi od siedziby urzędu — pora i trwanie komisyi były tego rodzaju, że w ciągu komisyi ze względu na lokalne i służbowe stosunki z konieczności musiały wyniknąć wydatki na posiłek południowy lub wieczorny.

W tym celu należy we wszelkich rachunkach podróży dokładnie podać i potwierdzić godzinę rozpoczęcia komisyi i godzinę powrotu komisyonującego.

Co się tyczy przyznania kosztów furmanki, to należą się one zawsze przy odległościach większych niż 3·8 km., przy mniejszych zaś odległościach tylko w wyjątkowym wypadku, unormowanym w rozporządzeniu z 3. grudnia 1859 D. u. p. Nr. 221.

W sprawie tłumienia epidemii.

1.

Uwagi kol. dra Wróblewskiego zniewalają mnie do zabrania głosu w *Głosie l.*, o ile szan. Redakcya zechce mi go udzielić.

Z Sz. kolegą Wr. porozumiemy się po części łatwo, gdy zechce przyjąć do wiadomości, że wcale nie poruszałem i nie kwestyonowałem praw i obowiązków lekarzy okręgowych w ogóle. W tej sprawie jestem z kol. Wr. jednego zdania. Wiadomą jest przecież rzeczą, że lekarz okręgowy nie tylko w razie doniesienia mu o chorobie zakaźnej, lecz nawet ilekroć go wezwą do ubogiego chorego, ma obowiązek udać się do gminy swego okręgu.

Twierdzę natomiast, że rozporządzenie ministeryalne z 6. sierpnia 1903 l. 4489 (Namiestn. z 3. września 1903 l. 106741) z szeregu obowiązków lekarzy gminnych i okręgowych (wyliczonych w instrukcyi pod lit. *a* do *z*) wyjmuje jeden, a mianowicie obowiązki ich w razie pojawienia się choroby nagminnej w ich miejscu siedziby, — zajmuje się tylko tą jedną sprawą, interpretuje ją bliżej i przypomina do przestrzegania. Starałem się tylko przedstawić, jak z kolegami z tutejszej okolicy od samego początku pojęliśmy treść okólnika, że w szczególności nie uważaliśmy go za jakąś poważniejszą reformę lub zmianę, lecz że sądzimy, — jak to słusznie podnoszą także koledzy dr. Rappaport i lekarz powiatowy, podpisujący się lit. Y., — że nie zawiera nic nowego a jest tylko powtórzeniem a raczej przypomnieniem obowiązujących dotychczas przepisów.

Rozporządzenie ministeryalne nakłada na lekarzy okręgowych wprawdzie nie nowe, ale dotychczas prawie wcale nie wykonywane obowiązki, a z przypomnienia ich koledzy lekarze okręgowi nie mają chyba przyczyny zbytnio się radować, zwłaszcza gdyby c. k. Namiestnictwo nie podzielało mego zapatrywania, przedstawionego w Nr. 2 *Głosu lek.*

Bądź co bądź jednakże tylko interpretacya podana przezemnie jest w interesie kol. lekarzy okręgowych, a mniemam także, że tylko w ten sposób tłómaczony okólnik staje się w naszych stosunkach możliwym do ścisłego wykonania.

W obowiązkach lekarzy powiatowych okólnik nic nie zmienia i zupełnie bezpodstawnem jest twierdzenie, że reskrypt ministeryalny uwalnia (!?) lekarzy powiatowych od obowiązku sprawdzania epidemii. — W myśl istniejących przepisów sprawdzanie epidemii i zarządzanie przy tej sposobności środków zmierzających do jej stłumienia należy do najważniejszych obowiązków lekarza powiatowego bez względu na to, czy o chorobie doniesie lekarz gminny, lekarz okręgowy, zwierzchność gminna czy też żandarmerya. Wynika to zresztą nawet z treści okólnika, który wyraźnie zaznacza i postanawia, że władza polityczna, ilekroć uzna to za wskazane, ma wysłać lekarza urzędowego celem zbadania na miejscu, uzupełnienia i dopilnowania zarządzonych środków, i że do współudziału w tej czynności ma lekarz urzędowy, o ile to możliwe, wezwać zawsze lekarza gminnego.

W sprawie delegowania lekarzy do tłumienia epidemii reskrypt ministeryalny zawiera tylko tyle nowego, że w razie szerzenia się epidemii można lekarza gminnego ustanowić lekarzem epidemicznym w jego miejscu siedziby, zresztą przypomniano jedynie przepisy dotychczas obowiązujące.

Niezrozumiałem i zupełnie bezcelowem byłoby żądanie, ażeby gminy nawiedzone chorobą zakaźną przedkładały lekarzowi okręgowemu tygodniowe sprawozdania epidemiczne do podpisu przed odesłaniem ich do Starostwa. — Kol. Wr. pisze dosłownie: „Podpisywanie raportów epidemicznych raz na tydzień trudności wcale nie sprawi lekarzowi okręgowemu, bo do podpisywania lekarz, o ile nie jest delegowany, nie potrzebuje jeździć sam, tylko mu raport dostarczyć ma gmina“. — Oznaczałoby to jedynie przewlekanie sprawy, przybyłoby nieco ciężaru (bez najmniejszej korzyści) gminie i nieco bezcelowej pisaniny; — przypuszczam bowiem, że podpisywanie sprawozdań gminnych przez lekarza okręgowego nie wywrze żadnego wpływu na przebieg epidemii.

Do tego nie może też zdążać reskrypt ministeryalny tyle (a może nieco za dużo) omawiany, który wyraźnie zakreśla swoje cele:

1. zarządzać tylko to, co okaże się koniecznem ze względów fachowych, lecz przeprowadzać to jak najdokładniej;

2. celowi odpowiednie zgodne współdziałanie władz autonomicznych i rządowych w tłumieniu epidemii;

3. ekonomiczne obchodzenie się z środkami, przeznaczonymi na cele tłumienia chorób nagminnych.

Dr. Julian Bory
lekarz powiatowy w Dobromilu.

2.

W sprawozdaniu Rady Zdrowia powiedziano, że dzięki wprowadzeniu instytucyi lekarzy okręgowych, zmniejszyła się śmiertelność z chorób epidemicznych. Kto jest obznajomiony z teoryą statystyki, ten musiał taki wniosek osądzić sceptycznie; a który lekarz okręgowy uwierzył w słowa Rady Zdrowia, to niezawodnie pozazdrościł swoim kolegom, że oni potrafią tłumić epidemie, gdy jemu nie udało się to uczynić ani razu. Boć przecie — nie łudźmy się — ordynowanie lekarstw, które nie skutkują; wywieszanie znaków, na które nikt nie zważa; wydawanie poleceń, których nikt nie wypełnia; izolowanie w jednej izbie od pieca do okna — nie jest chyba tłumieniem epidemii. Każdy to czuł, ale nikt się z tem nie odzywał, aby go nie posądzono o nieudolność i niedbalstwo, lub o psucie harmonii w lojalnem urzędowaniu. Dopiero lekarz powiatowy dr. Kramarzyński miał odwagę powiedzieć publicznie, że działalność lekarza, delegowanego do tłumienia epidemii, redukuje się prawie tylko do spisywania chorych. Ale i to spisywanie nie może być dokładne, bo w rozległych wsiach jest fizycznem niepodobieństwem w jednym dniu obejść wszystkich chorych i sprawdzić rodzaj choroby, — więc wyręczamy się w tem wójtami. W ciągu tygodnia wójt chorych porachuje i zda nam relacyę na następnej wizytacyi, a my to wciągamy do statystyki.

Wobec tego rozporządzenie ministeryalne co do wzywania lekarzy okręgowych w razie podejrzenia jakiejkolwiek choroby zakaźnej jest dla naszych stosunków całkiem niewłaściwe. Lekarz, spieszący do biednego pastuszka, podejrzanego np. o koklusz, odrę, influenzę, mumps i t. d., aby nieść mu pomoc i zwalczać epidemię roztropnie' jak tego żąda instrukcya, byłby zaiste podobny do Don Kiszota, pędzącego wojować z wiatrakami.

Aby uchronić kraj od epidemii, przynajmniej bardziej niebezpiecznych, jak: płonica, czerwonka, dur plamisty, władze sanitarne powinnyby postępować w podobny sposób, jak to czyniły podczas cholery; inaczej bowiem zmieniać się będą tylko liczby w statystyce, ale epidemie nie wygasną. Tłumić epidemie wszystkie naraz i kosztem w pewnej mierze lekarza okręgowego — wątpię, czy byłoby roztropnie.

Dr. Pawlicki z Pistynia.

Obiady i kolacye urzędowe.

(Głos lekarza powiatowego).

W myśl rozporz. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 22. [illegible] 1903 l. 32071 obowiązany jest urzędnik polityczny, a więc i lekarz rządowy, podawać obecnie godzinę wyjazdu i powrotu z jednodniowej komisyi i tylko wtedy otrzyma dietę, jeżeli zjadł obiad, lub kolacyę na miejscu komisyjnem. Rozporządzenie to, oparte prawdopodobnie o treść rozporządzenia ministeryalnego z dnia 3. grudnia 1859 r. Dz. u. p. Nr. 221, obowiązującego wyłącznie przy komisyach, wykonanych w odległości 3·8 klm. od miejsca siedziby, sprzeciwia się dekretowi kancelaryi nadwornej z d. 21. maja 1812 r. L. 13823 ustęp XXIX., gdyż nie uznaje pracy, trwającej choćby od wczesnego rana do południa, czy od południa do późnego wieczora, a wynagradza czynność, wykonaną w godzinach południowych i pozbawia lekarza rządowego diety za czynność sądowo-karną, mimo że za tę samą czynność przyznano diety drugiemu znawcy sądowemu, a co ważniejsze, c. k. urzędnikowi sądowemu. Jest to zatem zagadka, której rozwiązanie wprawiłoby w kłopot nawet sfery ustawodawcze, zagadka, wskazująca na wybitną różnicę zapatrywań między Ministerstwem spraw wewn. a Ministerstwem sprawiedliwości. Rozporządzenie to jest przy tem wielkiej doniosłości etycznej, skłania bowiem urzędnika do przestawiania godzin, a przełożonych do potwierdzania tej nielegalności lub wyzyskania treści rozporządzenia w chwilach złego humoru.

Jeżeli dieta ma być wynagrodzeniem wyłącznie za obiad, należałoby przedtem zorganizować restauracye po gminach wiejskich, a diety powinnyby wzrastać w kierunku odwrotnym do rangi, gdyż urzędnik młody, zdrów, z apetytem, potrzebuje obfitszego posiłku aniżeli np. radca, zwykle starszy, z upośledzoną funkcyą trawienia, któremu przeładowanie stanowczo zaszkodzi. Przywilej ten, sięgający aż do żołądka komisyonującego, jest niewykonalny dla lekarza w gminie, zakażonej durem brzusznym, czerwonką lub cholerą, gdzie spożycie obiadu byłoby wprost narażeniem własnego zdrowia i życia.

Jakiż zatem motyw mógł być powodem narodzin tej obiadowej nowości? wyłącznie system oszczędnościowy i to kosztem tych najuboższych, którym wkrótce już nie na obiad, ale na skromne śniadanie funduszów zabraknie. System ten. skierowany głównie przeciw lekarzom rządowym, rozpoczął się niedawno obowiązkiem przedkładania rachunków sądowych pod kontrolę władz politycznych z jedynym wynikiem opóźnionej wypłaty kosztów sądowo-karnych, spowodował rozporządzenie o tłumieniu epidemij, a obecnie dyspozycyę o obiadach i kolacyach, ograniczających i tak już ograniczone dyety.

Logiką konsekwencyi należy się spodziewać w najbliższej przyszłości obowiązku załączania do rachunków poświadczeń spożytego obiadu w c. k. restauracyach gminnych, których potrzeba wobec wymagań najnowszego rozporządzenia staje się bardzo aktualną.

W jadłodajniach tych będą urzędnicy polityczni zmuszeni zamawiać obiady na dzień przed komisyą a to dla zaoszczędzenia strat przyszłym c. k. restauratorom, przełożeni zaś obowiązani będą odmówić stanowczo urzędnikowi delegacyi na wyjazd w przypadku niedyspozycyi żołądkowej, zmuszającej go do poszczenia w czasie komisyi.

Lekarzy okręgowych zainteresuje pewnie ten rodzaj oszczędności, który przy wypłacaniu kosztów za komisye polityczne i do nich wkrótce zostanie zastosowany.

Lekarz powiatowy.

Od Redakcyi.

We wszystkich sprawach redakcyjnych i administracyjnych należy adresować: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich, 6.

Przesyłki pieniężne odbiera: dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, 14.

O każdej zmianie mieszkania prosimy zaraz donieść w celu uniknięcia przerwy w otrzymywaniu pisma.

W razie nieotrzymania którego numeru należy zaraz po 1-szym lub 15-tym każdego miesiąca wysłać pod adresem redakcyi reklamacyę, wolną od opłaty pocztowej, w niezalepionej kopercie.

Reklamacye spóźnione nie zawsze mogą być uwzględnione z powodu wyczerpania nakładu.

KRONIKA.

Wydział „Biblioteki słuchaczów medycyny“ zaprasza wszystkich PP. lekarzy na otwarcie uroczyste Towarzystwa, na dzień 1. marca b. r. (Godzina 7 wieczór, sala wykładowa patologii ogólnej).

Do Tow. Samopomocy przystąpili i wkładki na ręce dr. Moszkowicze nadesłali: dr. Hugo Ehrlich z Przemyśla 6·—, dr. Marek Reichenstein ze Lwowa 6·—, dr. Bazyli Pawluk z Radziechowa 6·—, dr. Świątkowski Jan ze Lwowa 4·—, dr. Apolinary Tarnawski z Kossowa 12·—.

Fundusz zapomogowy. Pozostało 548 kor. 33 hal. Przybyły honorarya autorskie: dr. Nadel 7 kor. 51 hal., dr. Pilewski 2 kor. 60 hal., Lekarz pow. X. 6 kor. 92 hal., dr. Ferensiewicz 10 kor. 36 hal., dr. Rappaport 2 kor. 87 hal., dr. Wróblewski 8 kor. 50 hal., dr. Zasacki 6 kor. 32 hal., Lekarz pow. Y. 2 kor. 65 hal., dr. Wątorek 5 kor. 67 hal. Pozostaje **601 kor. 73 hal.**

Z Tow. Samopomocy lekarzy. W ogłoszonem drukiem sprawozdaniu Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy za rok 1903 między ważniejszemi sprawami, załatwionemi przez Wydział, jest mowa w punkcie 4-tym o układach ze Związkiem towarzystw lekarskich we Wiedniu (Oesterreichischer Aerzte-Vereins-Verband). Związkowi temu zależało na stworzeniu wielkiego funduszu dla wspierania wdów i sierót po lekarzach (Wittwen- und Waisen-Institut) i dla zebrania tego funduszu zaprosił Związek wszystkie towarzystwa lekarskie do współdziałania. Pierwotnie Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy sądził, że chodzi o stworzenie centralnej organizacyi lekarzy w Austryi i oświadczył gotowość przystąpienia do niej. Związek w liście, do Wydziału Towarzystwa wystosowanym, wyjaśnił, że pragnie jedynie przystąpienia towarzystw lekarskich do funduszu dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach, a ponieważ obie Izby galicyjskie wpisały wszystkich swych członków w poczet uczestników tego funduszu, przeto Wydział Towarzystwa Samopomocy nie widział potrzeby czynienia dalszych kroków w tej sprawie.

Sekretarz Tow. Samopomocy lekarzy uprasza następujących kolegów, członków Towarzystwa o przysłanie mu obecnych ich adresów (najlepiej na karcie korespondencyjnej, zaadresowanej: dr. Langie, Kraków, ul. Sławkowska 31), gdyż poczta wysłane do nich pisma zwróciła z uwagą „wyjechał nie wiadomo dokąd“:

dra Starusa Leona,
„ Breyera Stanisława,
„ Beauraina Kazimierza,
„ Puzdrowskiego (?)
„ Hordyńskiego Dobiesława.

Dr. Langie,
I. sekretarz.

Wykaz prenumeratorów.

L. Brauner 6·—, Pp. słuchacze medycyny w Krakowie: Spatz 3·—, Hercokówna 3·—, Rogalski 3·—, Rec 2·—, Wolf 3·—, Bujak 3·—, Klemensiewicz 3·—, Lewiński 3·—, Matlak 3·—, Kolano 1·50, Konopacki 1·50, Brzeski 1·50, Epstein 1·50, Wysocki 1·50. Instytut techniczno-dentystyczny Pp. Stobieckiego i Lisowskiego 6·10, dr. Majewski 6·—, dr. Linsker 6·—, dr. Graf 6·—, dr. Nycz 10·—, dr. Żydłowicz 6·—, dr. Edelheit 3·—, dr. Jaremkiewicz 6·—, dr. Trammer 6·—, dr. Pluciński 6·—, dr. Nieć 10·—, dr. Peters 6·—, dr. Górski Czesław 6·—, dr. Ehrlich 6·—, dr. Reichenstein 3·—, dr. Kronfeld 3·—, doc. dr. Kucera 9·—, dr. Ehrenpreis 6·—, dr. Pawluk 4·—, dr. Fiałkowski 6·—, dr. Maliszewski 6·—, dr. Salpeter 3·—, Hladij 3·—. Do lipca 1904 złożyli w dalszym ciągu przedpłatę Słuchacze medycyny we Lwowie Pp: Roszkiewiczówna, Iwanow, Stenzel, Lauterstein, Gittelmacher, Vrabetz, Feller, Barański, Stockknopf, dr. Swiątkowski Jan 6·—.

W sprawie naszego konkursu literackiego.

Aż do chwili zamknięcia tego numeru naszego pisma (25. lutego) otrzymaliśmy prace konkursowe na tematy:

1. Położenie lekarzy praktyków w miastach.
2. Położenie lekarzy praktyków na prowincyi.
3. Położenie lekarzy okręgowych.

Nadto nadeszła jeszcze praca na temat:

4. Położenie lekarzy rządowych, a zarazem prośba od jednego z lekarzy rządowych, by przedłużyć termin do nadsyłania prac na ten temat, gdyż zgłaszający się pragnie go obszerniej opracować.

Redakcya wybrała Sąd konkursowy, którego skład podamy do wiadomości w następnym numerze i któremu wręczymy wszystkie prace, nadesłane do dnia 1. marca z prośbą o szybkie rozstrzygnięcie konkursu, abyśmy prace nagrodzone już w najbliższym numerze mogli rozpocząć drukować.

Na tematy, na które nie nadejdą referaty do 1. marca, przedłużymy termin konkursu do 1. kwietnia, a zastosujemy się także do życzenia kolegi, zgłaszającego wyczerpujący referat o położeniu lekarzy rządowych.

Dalsze szczegóły o wyniku konkursu podamy w następnym numerze naszego pisma.

NADESŁANE.

Z „Drukarni Udziałowej“ Lwów, ul. Lindego l. 8